

**Staff only**

12-18

Year 21: \_\_\_\_\_

**Staff only**

Check-in Hour: \_\_\_\_\_

Entered in WAIS:  \_\_\_\_\_  
Initial

### COVID-19 Vaccine Intake Form (12 +)

Name: (Last)	(First)	(Middle Initial)	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Other	Age:
Mailing Address:	City:	Zip:	Home Phone:	Birth date:

Does patient have health insurance?  Yes  No (If yes, select below)  
 Apple Health Free  Apple Health with Premium  Private

**Please answer the following questions for the person receiving the vaccine**

Have you ever received a dose of COVID-19 vaccine? YES NO

If so, which product? Pfizer Moderna Johnson&Johnson And when? \_\_\_\_\_

*If you answer yes to any of the questions below, we may recommend you consult with your healthcare provider prior to vaccination.*

	Yes	No
1. Are you feeling sick today?		
2. Have you ever had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen, or for which you had to go to the hospital?		
• Was the severe allergic reaction after receiving a COVID-19 vaccine?		
• Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication?		
3. Do you have a history of pericarditis or myocarditis?		
4. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner?		
5. Do you have a history of multisystem inflammatory syndrome related to COVID-19 immunization or infection?		
6. Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies?		

➔ I have read or had explained to me the information on the Vaccine Information Statement (VIS) about the COVID vaccine. I have had a chance to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the vaccine and ask that the vaccine be given to me or to the person named for whom I am authorized to make this request.

➔ I have received the Notice of Privacy Practices and consent to the disclosure of this protected health care information for treatment, payment, and health care operations.

I am  the patient  the child's Parent/Guardian (please print name) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

	Manufac.	Lot #/ Exp.	Dose	Site	Route	Signature of Administrator
<input type="checkbox"/> COVID-19 MRNA Comirnaty Monovalent	Pfizer-BioNTech	HD9835 10/24	0.3mL	LD RD	IM	Signature & Print Name
		HD9835-ADU 10/24				Co-Signer (Signature & Print Name)

FD	Version: 2	Supersedes: 1	Date Adopted: 10/23/2023	Modified/Created By: Cambron Walker & Kate Johnson	Approval By: Chelsey Loeffers
----	------------	---------------	--------------------------	--	-------------------------------

**Staff only**  
 12-18  
 Year 21: \_\_\_\_\_

**Staff only**  
 Check-in Hour: \_\_\_\_\_  
 Entered in WAIS:  \_\_\_\_\_  
 Initial

### Formulario de admisión de la vacuna contra COVID-19 (12 +)

Nombre: (Apellido)	(Primer nombre)	(M.I.)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:	Fecha de Nacimiento:

¿Tiene el paciente seguro médico?  SÍ  NO (en caso afirmativo, seleccione a continuación)

Apple Health Gratis  Apple Health con prima  Seguro médico Privado

**Por favor, responda las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna**

¿Alguna vez ha recibido una dosis de la vacuna contra el COVID-19? **SÍ NO**

Si es así, ¿qué producto? Pfizer Moderna Johnson & Johnson ¿Y cuándo? \_\_\_\_\_

*Si responde afirmativamente a cualquiera de las siguientes preguntas, podemos recomendarle que consulte con su proveedor médico antes de la vacunación.*

1. ¿Se siente enfermo hoy?	Sí	No
2. ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica grave (anafilaxia) a algo? ¿Por ejemplo, una reacción por la que fue tratado con epinefrina o EpiPen, o por la que tuvo que ir al hospital?	Sí	No
• ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir una vacuna contra COVID-19?	Sí	No
• ¿Fue la reacción alérgica grave después de recibir otra vacuna u otro medicamento inyectable?	Sí	No
3. ¿Tiene historia de pericarditis o miocarditis?	Sí	No
4. ¿Tiene un desorden hemorrágico o está tomando un anticoagulante?	Sí	No
5. ¿Tiene historia de síndrome inflamatorio multisistémico relacionado con la inmunización o infección de COVID-19?	Sí	No
6. ¿Tiene un sistema inmunitario debilitado causado por algo como una infección por VIH o cáncer o toma medicamentos o terapias inmunosupresoras?	Sí	No

➔ He leído o me han explicado la información en la Declaración de Información de la Vacuna (VIS) sobre la vacuna contra COVID. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de la vacuna y pido que la vacuna sea administrada a mí o a la persona nombrada de la cual estoy autorizado a realizar esta solicitud.

➔ He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y doy mi consentimiento para la divulgación de esta información médica protegida para tratamiento, pago, y operaciones de atención médica.

Soy  el paciente  el padre/Guardian del niño (nombre imprimido) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Manufac.	Lot #	Dose	Site	Route	Signature of Administrator
<input type="checkbox"/> COVID-19 MRNA Comirnaty Monovalent	Pfizer-BioNTech	HD9835 10/24	0.3mL	LD	IM	Signature & Print Name
		HD9835- ADU 10/24		RD		Co-Signer (Signature & Print Name)

FD	Version: 2	Supersedes: 1	Date Adopted: 10/23/2023	Modified/Created By: Cambron Walker/Kate Johnson	Approval By: Chelsey Loeffers
----	------------	---------------	--------------------------	--	-------------------------------